



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

Comparación de los tipos de afrontamiento religioso en pacientes

con Bulimia Nervosa y Anorexia Nervosa del INPRFM

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

Salvador Ulises Chávez Herrera

TUTOR TEÓRICO

DRA. GRISELDA GALVÁN SÁNCHEZ

TUTOR METODOLÓGICO

DRA. ANA FRESÁN ORELLANA

CIUDAD.DE.MÉXICO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

MARCO TEÓRICO	3
Generalidades	3
Trastornos de la conducta alimentaria en la historia.....	3
Historia de Anorexia Nervosa	4
Historia de Bulimia Nervosa	5
Epidemiología	5
Etiología	6
Manifestaciones emocionales y conductuales	8
Rasgos de personalidad relacionados	8
Complicaciones médicas en Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa	9
Criterios diagnósticos según el DSM-5	12
Anorexia Nervosa	12
Bulimia Nervosa.....	13
Espiritualidad y Religión	14
Espiritualidad.....	14
Religión	14
Historia de la psicología de la religión	15
Modelos de espiritualidad en salud.....	16
Espiritualidad y psiquiatría.....	17
Estilos de afrontamiento.....	17
Planteamiento del problema	20
Pregunta de investigación	20
Objetivos	20
Objetivo principal	20
Objetivos secundarios	20
Hipótesis	21
Hipótesis específicas	21
Metodología	22
Diseño del estudio.....	22
Población	22
Criterios de selección, inclusión, exclusión y eliminación.....	23
Instrumentos de medición.....	25
Procedimiento general de la investigación.....	26
Diagrama de Flujo.....	26
Análisis estadístico	27
Consideraciones éticas	27
Cronograma de actividades	28
Resultados	29
Discusión	34
Referencias	36
Anexos	41

MARCO TEÓRICO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Generalidades:

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida siendo a lo largo de la vida también una connotación social, un momento de encuentro con otros individuos fortaleciendo relaciones sociales.¹

Los trastornos de la conducta alimentaria están caracterizados en su mayoría por una fuerte preocupación por el peso, la ingesta de alimento y las alteraciones de la figura corporal.

Estos trastornos conforman una categoría diagnóstica: Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se subdividen en: Trastorno por pica, Trastorno por rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, Trastorno de atracones, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Trastorno de atracones, Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.²

Los trastornos de la conducta alimentaria en la historia:

El ser humano toma sus decisiones por múltiples factores externos e internos, entre éstos últimos entran instintos o impulsos primarios como el hambre (impulso de ingerir alimento para mantener la vida, la homeostasis del cuerpo, además de un forma de obtener placer), la sexualidad (promovida por la necesidad de perpetuar la especie), fuente de placer y condicionante de requisitos estéticos para la autoestima y la atracción.

El ajuste de estas necesidades varía en función de múltiples factores tales como la cultura, la religión, la ética etc. Lo que da lugar a la génesis de conflictos ya que el individuo alcanza la felicidad y satisface sus necesidades básicas de muchas maneras las cuales pueden llegar a sustituirse por valores espirituales o intelectuales.³

Historia de la Anorexia Nervosa

La anorexia Nervosa existe desde el antiguo, con distintas connotaciones entre las que destaca la religiosidad y el misticismo. En el siglo IX, un monje de Monhein (Baviera) refiere la milagrosa curación de la joven Friderada, que tras un periodo de apetito voraz, deja de comer por completo, vomita los lacteos que ingiere y finalmente es curada por Santa Walpurgis tras ser llevada a ese santuario.

Santa Liberata (Wilgefortis), hija del rey de Portugal, es considerada santa patrona de las mujeres que desean verse libres de las apariencias masculinas tras haber renunciado a su cuerpo de mujer, afeándose, adelgazando en extremo y cubriéndose de velo, tras la persistente restricción alimentaria como rechazo por haber sido obligada a contraer matrimonio con el rey moro de Sicilia, lo que le llevó a ser crucificada por su padre y después canonizada.

Sor Juana Inés de la Cruz, poetiza, mística española del siglo de oro, autora de una fecunda y profunda obra de alto contenido religioso, fue anoréxica restrictiva.

Santa catalina de Siena nacida en 1347, refiere ya a los siete años su primera visión de Jesús y al mismo tiempo empieza a rechazar la comida, se impone penitencias, en la adolescencia solo se alimentaba de hierbas y algo de pan. Probablemente utilizando las hierbas como sustancias laxantes para purgarse, al igual que la caña que utilizaba para producirse el vómito, precedido en ocasiones de atracones, fue consejera del papa Gregorio XI y tras el fracaso de sus intentos para impedir que se consumase el Cisma de la Iglesia Católica, dejó de alimentarse y murió al poco tiempo.³

Juana de Arco, heroína francesa de la guerra de los cien años, también se ha hipotetizado su posible condición de anoréxica.

Ésta renuncia al cuerpo con caracteres sexuales y en consecuencia fuente de placer y atracción libidinal, en aras de conseguir una absoluta espiritualidad, un sentido de la existencia marcado por la penitencia el sacrificio y también la productividad intelectual.

Se trataba de mujeres ascéticas, resistentes, alejadas del mundo material con una fuerza interior que les permitía sobrevivir a las privaciones, aun desarrollando una gran actividad.

Avicena en el siglo XI, describe el caso del joven príncipe Hamadham, que está muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía.⁴

El médico Richard Morton fue el primer autor en describir con gran detalle y admirable precisión un cuadro de anorexia nervosa en un texto titulado *A Treatise of Compsumptions*, en 1689. El autor

denomina a la enfermedad “consunción nerviosa” y en su descripción hace referencia a la anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, sin encontrar alteraciones físicas que lo justifiquen, y atribuyéndolo a la tristeza y a las preocupaciones.

En 1914 Simmonds, a partir de estudios necroscópicos establece una hipótesis causal de la anorexia, la disfunción hipofisiaria, denominada “*caquexia hipofisiaria*” lo cual supone un drástico cambio en la perspectiva etiopatogénica del trastorno que hasta 1938 pasa a ser causalidad orgánica.

Sheehan en 1938 establece claramente la diferencia entre anorexia y caquexia hipofisiaria de origen isquémico, lo cual no impide que hasta los años 50’s la anorexia se consideraba de origen endocrinológico.

Por el hecho de ser una enfermedad psicósomática y somatopsíquica ha hecho que, a lo largo de la historia de la medicina distintas especialidades como la neurología, endocrinología psiquiatría, hayan establecido hipótesis causales, desde las más físicas hasta las más psicológicas.

Dentro de la psiquiatría la anorexia nervosa ha sido considerada como enfermedad adscrita al espectro depresivo, al histérico, al obsesivo-compulsivo, inclusive psicótico hasta que tomó identidad propia a pesar de que frecuentemente cursa con comorbilidades.

Historia de la Bulimia Nervosa:

La bulimia Nervosa es menos conocida desde el punto de vista histórico, quizá porque es menos dramática. Las primeras referencias datan de 1708, sin embargo las conductas de purga y la ingesta alimentaria abusiva y descontrolada se conoce bien desde tiempos remotos, el vomito era practicado por los antiguos romanos para vaciar el contenido gástrico y continuar la ingesta masiva y descontrolada de alimentos. ⁵

Epidemiología

Tanto la anorexia nervosa como la bulimia nervosa constituyen actualmente un problema de salud pública ya que ha aumentado de forma alarmante su incidencia en todas las clases sociales, en México y el mundo.

La prevalencia de anorexia nervosa en población general de países occidentales se estima en 0.3%, mientras que la prevalencia de bulimia nervosa alcanza el 1% en mujeres y el 0.1% en varones. ⁶

Se estima que la incidencia de anorexia nervosa a nivel mundial es de 8 por cada 1000 000 habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100 000 en el grupo de edad de 15

a 19 años, mientras que para la bulimia nervosa la incidencia se ha estimado en 13 por cada 100 000 habitantes.

La anorexia nervosa se presenta 95% en mujeres, la mayoría de éstas entre los 10 y los 30 años; y bulimia nervosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y 40 años. La proporción hombre/mujer es de 1:10 para ambos trastornos.⁷

La mortalidad en anorexia nervosa se estiman entre 6% y 18%, mientras que para bulimia se estiman en 1.6%. Las tasas de mortalidad son de 4 a 10 veces mayores para la población adolescente y joven en comparación con la población general.⁸

Además, se asocian con gran número de complicaciones fisiológicas, y se presentan con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, como son: trastornos afectivos (50-75%), trastornos por ansiedad (60%) abuso de sustancias (35%) y trastornos de la personalidad (42-75%).⁹

Etiología

La anorexia nervosa y bulimia nervosa al igual que en otros trastornos mentales, se han descrito factores que aumentan la probabilidad de presentar el trastorno, estos factores se denominan factores de riesgo. Dichos factores de riesgo se definen como circunstancias o situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un individuo a desarrollar la conducta, los cuales no garantizan que se desarrolle un trastorno, sino que se incrementa la probabilidad de su ocurrencia.

La serotonina está involucrada en la activación neuronal y en la modulación de la conducta. En la Anorexia Nerviosa, esta alteración se observa en la tendencia de quien la padece a incurrir en dietas, se produce una disminución de la disponibilidad del aminoácido triptófano, implicado en la nutrición, el cual, a su vez, inhibe la síntesis de la serotonina, presentando conductas tales como la hiperactividad y depresión, así como ansiedad y supresión del apetito (Jabeen, 2012). Del mismo modo, la privación de alimento desequilibra los niveles de dopamina en el cuerpo, alterando aspectos relacionados con la motivación-recompensa en la alimentación.

Respecto a la heredabilidad de la anorexia nervosa, estudios familiares, en investigaciones con gemelos, han encontrado una predisposición genética a adquirir la anorexia nerviosa. Sin embargo no hay estudios longitudinales concluyentes el rol en la herencia, pero se ha encontrado que si se tiene un familiar con anorexia nerviosa, hay mayor riesgo de desarrollarla.¹⁰

De los múltiples factores que contribuyen a la etiopatogenia de ambos trastornos uno de los más determinantes son los socioculturales, lo cual explicaría la presentación clínica y el aumento en la prevalencia de éste trastorno. No solamente la sobrevaloración que del aspecto físico hace nuestra sociedad actual, con paralela pérdida de relevancia de otros valores sino también la modificación

de hábitos alimentario, la pérdida de entidad de la familia como elemento contenedor y favorecedor de la comunicación.

La acción nociva de los medios de comunicación y más recientemente la excesiva y casi siempre mal hecha divulgación de esta problemática, ha favorecido una situación social “la moda de la anorexia”, utilizándose el trastorno alimentario por muchas adolescentes como forma de autoafirmación y rebeldía frente a figuras de autoridad, sobre todo parentales. Otro fenómeno social como el “contagio” basado en la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad para adelgazar, que se lleva a cabo sobre todo en los colegios y grupos de adolescentes, que disponen de una gran información acerca de dietas, formas de purga etc.

La mayoría de anoréxicas que se diagnostican hoy día son, desde el punto de vista fenomenológico, radicalmente distintas a las clásicas intelectuales místicas descritas en la historia, actualmente son jóvenes, muy influidas por una sociedad que prima en exceso la belleza y la imagen, partícipes de una civilización consumista, despilfarradora y superficial, en la que los referentes espirituales y las inquietudes trascendentales se han perdido en detrimento de otros ideales influidos por los medios de comunicación y publicidad.

En nuestra sociedad occidental, la estructura familiar y sus tradiciones tienen un escaso poder contenedor frente a la insistencia subliminal y abierta de mensajes que identifican la belleza corporal con la felicidad.

La familia está conformada, no solo por sus miembros, sino también por las relaciones que se establecen entre sí de manera que los miembros de la familia no funcionan de manera aislada, pero influyen y son influenciados por los demás subsistemas. Por tanto, la implicación sentimental y emocional que es compartida entre los miembros, así como la manera de expresarse, cumplen un rol importante a la hora de evaluar el funcionamiento del núcleo familiar.¹¹

La influencia de los padres sobre los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria está mediada por la comparación que frecuentemente hacen hacia pares. Los comportamientos alimentarios, incluyendo la cantidad y frecuencia de las comidas, así como el contexto social, comer solo o en familia son influenciados fuertemente por los padres quienes pueden motivar conductas de alimentación saludable o no saludable reforzando las conductas y hábitos alimentarios a largo plazo.

También se han relacionado actitudes negativas de alguno de los padres hacia la comida o realización de dietas. Las actitudes entorno a la comida hacen parte de las prácticas de crianza a la hora de transmitir hábitos alimenticios saludables.¹²

MANIFESTACIONES EMOCIONALES Y CONDUCTUALES:

En pacientes con trastornos de alimentación se observan alteraciones cognitivas y conductuales que se manifiestan con distorsiones respecto a la imagen corporal, hacia la comida y el entorno. La distorsión de la imagen corporal se ha considerado el síntoma nuclear de los TCA, que parece preceder y condicionar el resto de la sintomatología. En la imagen corporal se distinguen tres componentes básicos:

- La percepción de todo el cuerpo y cada una de sus partes, la cual es sobreestimada en pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa.

- Un componente subjetivo, referido a actitudes, cogniciones, sentimientos y valoraciones que genera el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso o cualquier aspecto referido a la apariencia física.

- la conducta que deriva de la percepción y sentimientos que se asocian al cuerpo.¹³

Alteraciones emocionales:

Los pacientes con TCA presentan frecuentemente inestabilidad afectiva y emocional presentando con frecuencia síntomas de ansiedad que según desencadenada por múltiples factores entre los que describe: el sobrepeso, la autoimagen corporal, la amenaza de descontrol, baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor de enfermar, la percepción de “ser diferente”, el convencimiento de que eso es lo que perciben los demás, las ambigüedades e incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural en favor del adelgazamiento temido/deseado, las intervenciones médicas acertadas o iatrogénicas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social por lo menos subjetivo, las molestias físicas y el deterioro físico progresivo.

Los trastornos afectivos son variados manifestándose generalmente con tristeza, disminución del interés, baja autoestima, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, ideas autolíticas, etc.¹⁴

Rasgos de personalidad relacionados:

Según (Bulik et.al. 2008), en una muestra de 1.002 mujeres gemelas entre 18 y 24 años con anorexia nerviosa, encontrando tres temperamentos principales en anorexia nerviosa: altos niveles de perfeccionismo y de necesidad de organización, así como niveles significativos en normas personales, ésta última se evidenció al comparar las gemelas con anorexia nerviosa y el grupo control.¹⁵

Saggin (1993) las describe como “Abstracciones Selectivas”, “Generalizaciones Excesivas”, “Magnificaciones de posibles consecuencias negativas”, “Pensamiento Dicotómico”, “Ideas de autorreferencia” y “Pensamiento Supersticioso”.¹³

COMPLICACIONES MÉDICAS EN ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA:

La adolescencia es uno de los periodos más vulnerables para el desarrollo de patología de la conducta alimentaria, El primer contacto para la detección de estos trastornos suele ser el pediatra, se debe sospechar un diagnóstico si el paciente presenta pérdida de peso, detenimiento en alguna fase del desarrollo sin explicación aparente, conductas restrictivas o purgativas, ejercicio excesivo, preocupaciones con su aspecto físico. Los pacientes más jóvenes pueden tener síntomas atípicos, por ejemplo, en lugar de pérdida de peso el síntoma puede ser la incapacidad para alcanzar el peso esperado para su edad, pueden no expresar inconformidad con su imagen corporal o no presentar conductas como atracones o purgas.

Cardiovasculares: Bastante comunes, los síntomas más frecuentes son bradicardia, hipotensión y arritmias. La anorexia nervosa genera disminución en la masa cardiaca provocando disfunción sistólica (bajo gasto). Debido a la cronicidad del cuadro, los pacientes se encuentran asintomáticos a pesar de cifras vitales alteradas. Los pacientes con conductas purgativas crónicas desarrollan cardiomiopatía. Hasta 1/3 de los pacientes hospitalizados por anorexia nervosa presentan prolapso de válvula mitral. Dichos cambios generalmente son reversibles, con excepción de las purgas con ipecacuana que generan cardiomiopatía irreversible.

Gastrointestinales: Pueden ocurrir por la malnutrición, por el vómito auto inducido o los atracones. Algunas de las complicaciones de la malnutrición incluyen: disminución en la velocidad del vaciamiento gástrico, constipación, dislipidemia o síndrome de la arteria mesentérica superior. El vómito puede generar esofagitis, ruptura esofágica o hematemesis. El trastorno por atracón puede llegar a generar ruptura del estómago o pancreatitis.

Electrolíticas: son comunes en los pacientes con vómitos, uso de laxantes o diuréticos. La hipocalcemia y la hipofosfatemia son las más comunes. En pacientes con vómitos repetidos es común la alcalosis metabólica hipoclorémica y por el contrario, la acidosis metabólica hiperclorémica es común en usuarios de laxantes. Los pacientes con desnutrición pueden sufrir el síndrome de realimentación que incluye la hipofosfatemia, hipocalcemia e hipomagnesemia.

Endocrinológicas: Los pacientes con anorexia nervosa generalmente tienen supresión hipotalámica con niveles disminuidos de hormonas sexuales y sus promotores, pueden presentar disminución en la velocidad del crecimiento, retraso del desarrollo puberal o incluso regresión, teniendo disfunciones menstruales de manera frecuente. Existen niveles bajos en las hormonas tiroideas, llegando a presentar un cuadro de eutiroideo enfermo. Disminuyen los niveles de leptina, alterando múltiples vías metabólicas. Dentro de los riesgos es la presencia de disminución en la mineralización ósea.

Renales: Debido al uso de diuréticos, al vomito o a la restricción en la ingesta de líquidos se puede generar una falla renal aguda prerrenal complicándose si se prolonga dicho estado con falla renal de causa intrarrenal. Incluso se puede evidenciar en el laboratorio la presencia de hematuria, piuria o proteinuria.

Hematológicas: en pacientes desnutridos puede evidenciarse hipoplasia de medula ósea, con presencia de leucopenia y anemia, las plaquetas suelen ser las últimas afectadas. Se debe evaluar para deficiencias en vit B12 y deficiencias de hierro. Y es importante considerar que de manera generalizada los pacientes desnutridos presentan menores valores de sedimentación globular.

Neurológicas: Se ha demostrado que la desnutrición en los periodos vulnerables del neurodesarrollo condiciona pérdida del volumen cortical con disfunciones en tareas ejecutivas.¹⁶

La mayoría de los estudios de morfología cerebral realizados en pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa muestran una pérdida tanto de sustancia gris como de sustancia blanca y un aumento de los volúmenes ventriculares durante la enfermedad. Wagner (2006) describió que dichas alteraciones podían recuperarse a la normalidad una vez revertido el trastorno de alimentación.^{17.18}

Respecto al metabolismo cerebral, con resonancia magnética espectroscópica se ha encontrado una significativa disminución de mio-inositol (el cual es hormonodependiente) y otros compuestos lipídicos, aumento en el metabolismo de en sustancia blanca frontal y sustancia gris occipital así como un aumento de la concentración de todos los metabolitos, excepto lípidos, en el cerebelo.¹⁹

En estudios realizados por medio de Tomografía por emisión de positrones (PET) utilizando radioligandos específicos de receptores de serotonina se ha encontrado la existencia de una importante disregulación serotoninérgica, tanto a nivel de receptores 5HT1A y 5HT2A como del transportador de 5HT, habiendo observado un aumento del receptor 5HT1A en AN tipo purgativo y una disminución del receptor 5HT2A en la AN tipo restrictivo en cíngulo, zona temporo-medial del lóbulo temporal, lóbulo parietal, corteza prefrontal y órbito-frontal latero-medial, que no se modifica con la recuperación de la enfermedad.^{20.21}

En pacientes recuperadas de bulimia nervosa se reportó una disminución en el flujo sanguíneo en corteza prefrontal bilateral, corteza órbito-frontal medial derecha, cíngulo subgenual izquierdo y anterior derecho, corteza motora y sensorial izquierda, temporal lateral bilateral, occipital izquierda y tálamo izquierdo, dado que dichos hallazgos se encontraron en pacientes recuperadas podía indicar que las alteraciones que se mantienen son anomalías de rasgo.²²

La distorsión de la imagen corporal que presentan los pacientes con TCA nos lleva a pensar que puede haber alteraciones funcionales en los sistemas cerebrales que se encargan del procesamiento de la imagen y el tamaño corporal.

Mediante MRI funcional de pacientes con anorexia nervosa se observó que cuando se les mostraban imágenes de bebidas de altas y bajas calorías, entendiendo las de altas calorías como el estímulo aversivo, encontraba una activación específica en región amígdala-hipocampo izquierda, ínsula y giro cingular anterior en las pacientes con AN²¹²³

Se postuló la hipótesis de que las pacientes con anorexia nervosa deberían tener una actividad del lóbulo parietal inferior más débil que los controles, ante estímulos de alimentos, en situación de saciedad, y que podría explicar neurobiológicamente las conductas alimentarias y la alteración en la percepción. También se encontró menor actividad occipital ante el estímulo visual de alimentos en pacientes en situación de hambre.²⁴

Debido a que la normalización de las alteraciones anatómicas encontradas tras la recuperación clínica de la enfermedad, no es concluyente, parece haberse encontrado evidencia de la existencia de diferentes sustratos cerebrales para el estado de enfermedad y para la vulnerabilidad de rasgo.

El grado de espiritualidad ha mostrado modificar el grosor cortical en pacientes con vulnerabilidad de rasgo para depresión, en regiones como corteza parietal y occipital.

El tipo de afrontamiento religioso de los pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa podría influir sobre el curso y pronóstico de la enfermedad.

Criterios diagnósticos según DSM-V.

Anorexia nervosa:

- a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.

Peso significativamente bajo: peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

- b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual

Especificadores:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoinducido o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoinducido o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso) o el criterio C (una alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²

Grave: IMC 15-15.99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Bulimia Nerviosa:

- a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1.- Ingestión, en un periodo determinado (p.ej. dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificadores:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

ESPIRITUALIDAD Y RELIGIÓN

Espiritualidad.

La espiritualidad es la expresión de la esencia del ser. Esta esencia es la sustancia de la vida y se manifiesta en energía, cualidades y valores. Valores como la dignidad, la verdad, el coraje, la justicia, y la paz. Energía como fortaleza vital, mental, física, dinámica, equilibrio y dominio propio. Cualidades como la belleza, la bondad, la honradez, y la compasión.

Vida espiritual es el resultado del establecimiento de una relación personal con Dios.²⁵

El concepto de Dios se utiliza para referirse a una entidad trascendente, sobrenatural, comprendida y conceptualizada dentro de la tradición judeo-cristiana.^{25.26}

Alma

Se entiende como el principio vital de todo ser viviente. Según Aristóteles (*De Anima, Id quo vivimus, sentimus, locomovemur et intelligimus, primo*, (aquello, sea lo que fuere, en virtud de lo cual en último término vivimos, sentimos, nos movemos y entendemos). Este principio se ha llamado ánima o alma por los filósofos aristotélicos y escolásticos, y utilizada en nuestros días por aquellos filósofos que niegan la sustancialidad del alma, identificándola con la actividad, quienes la designan con el nombre de mente. Según Santo Tomas “El alma humana, se llama mente, en cuanto de ella brota naturalmente esa potencia”, es decir, la capacidad de entender y la voluntad de hacer. Este principio, llámese alma o mente, es espiritual.²⁸

Los constructos religión y espiritualidad se diferencian en una serie de oposiciones básicas no tan reconciliables, donde la religión es vista como sustantiva, estática, institucional y objetiva y la espiritualidad es evaluada como funcional, dinámica, personal, subjetiva, basada en la experiencia.

Religión.

La palabra religión proviene del latín *religio*, *re-* intensidad. *Ligare*-ligar, unir. *Ion-* acción, efecto. (Acción y efecto de unir fuertemente).

En nuestro contexto actual se define como un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales. La religión es una institución organizada de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente.

Esta puede ser madura, o inmadura, la primera es cuando la persona es dinámica y de mente abierta, y la segunda es aquella en la que la persona es egoísta y generalmente representa los estereotipos negativos que tiene sobre la religión. También se ha dividido como “religión intrínseca” (fe genuina, sentida, devota) y “religión extrínseca” (asistencia a la iglesia para obtener el estado social).

Los fenómenos religiosos, se han estudiado bajo muchos aspectos:

La sociología de la religión: estudia la interrelación de religión y sociedad y las formas de interacción que tienen lugar entre ellas.

Antropología de la religión: estudia el origen, desarrollo y evolución, de los fenómenos religiosos en las distintas sociedades y grupos humanos.

La filosofía de la religión: examina de manera crítica y sistemática el verdadero valor de la experiencia religiosa en la persona. Pone su fundamento ontológico y su justificación racional a la luz de los principios del ser.

La psicología de la religión: es la rama de la psicología aplicada y de la ciencia de la religión, que abarca las manifestaciones psicológicas vinculadas a la práctica religiosa. El centro de estudio son las creencias, actividades y experiencias religiosas desde el punto de vista psicológico.

Historia de psicología de la religión.

A principios del siglo XX, la psicología inicia a dar un enfoque científico a los fenómenos del comportamiento espiritual-religioso con lo cual surge la rama de la psicología llamada psicología de la religión.

Entre los fundadores de la psicología de la religión se encuentran Friedrich Schleiermacher con su obra "*Psychologi*" (1862), William James con su obra "*La variedad de la experiencia religiosa*" (1902). William James, Edwin Starbuck, Stanley Hall, George Coe.

Entre los teóricos principales del siglo XX se encuentran Sigmund Freud, Carl Jung, Alfred Adler, Gordon Allport, Daniel Bastón, Erik H. Erikson, Erich Fromm, Abraham Maslow y Viktor Frankl. Todos ellos hacen énfasis en la existencia de un Dios, en las prácticas y experiencias religiosas y categorizan a la religión como buena o mala, como medio de crecimiento y motivación o de enajenación del hombre y la sociedad.

Según Pargament (1997) existen tres estilos de afrontamiento religioso:

-Estilo autodirigido: en el cual las personas confían en sí mismas más que en Dios para resolver sus problemas. El cual está asociado a un alto sentido de competencia personal y alta autoestima, con tendencia a la autonomía.

-Estilo elusivo o evitativo: en el que la responsabilidad es dejada en manos de la divinidad. Está asociado a un bajo sentido de competencia personal, autoestima y habilidad de solución de problemas, así como mayor intolerancia a las diferencias interpersonales; enfatiza la autoridad externa y constituye así un estilo pasivo.

-Estilo colaborativo: en el que se establece una dinámica compartida entre el hombre y Dios en el proceso de afrontamiento. Está asociado a un elevado sentido de control personal y autoestima, y bajo sentido de control por las circunstancias o el azar. ³²

Estos tres procesos evidencian el nivel de competencia, fundamentalmente al sentido de control personal, la habilidad para la solución de problemas y la autoestima.

Las estrategias de afrontamiento religiosas pueden ser realizadas de forma individual como es el rezo u oración personal y colectiva como es rezar u orar en grupos, participación en sitios de adoración o rituales, éstas prácticas religiosas ayudan al individuo en el crecimiento espiritual continuo, apoyo psicológico, propósito en la vida e interacción social.

El objetivo tanto de la espiritualidad como de la religión es la autotrascendencia la cual se refiere a la capacidad del individuo para ampliar las fronteras personales y orientarse hacia perspectivas, actividades, y objetivos más allá de sí mismo sin negarse el valor del ser en el contexto presente.

Definiendo la autotrascendencia como una ampliación de los límites autoconceptuales de forma multidimensional:

- a) hacia dentro, a través de experiencias introspectivas.
- b) hacia afuera, mediante el aumento de las relaciones con los demás.
- c) temporalmente, por medio de la integración del pasado y el futuro en el presente.
- d) mediante la conexión con dimensiones que están más allá del mundo perceptible (un poder más alto).

Modelos de espiritualidad en salud

Versión tradicional-histórica de espiritualidad

Se caracteriza por una profunda religiosidad, así como dedicación al servicio de la religión y los miembros de una comunidad, se transmite por medio de la enseñanza de las tradiciones y de la fe a través del testimonio de vida. En este modelo tanto la religión como la espiritualidad son recursos que pueden promover valores morales, conexiones con otros, tranquilidad, armonía, bienestar, esperanza, rasgos positivos de carácter y estados mentales positivos como el propósito y significado de la vida.

Versión moderna de espiritualidad

Éste modelo se caracteriza porque amplía o va más allá del constructo de religión tradicional. El término espiritualidad ha sido utilizado más ampliamente en la asistencia de salud, cuyo objetivo ha sido aplicarlo tanto a personas de diversos credos religiosos como aquellas que no lo tienen. Esto abre nueva categoría de “personas espirituales, pero no religiosas”. Esta versión conceptualiza la comparación de la salud mental y física de los que son “espirituales religiosos”, los que son “espirituales, pero no religiosos”, y los que son “completamente seculares”

Versión clínica moderna de espiritualidad

Esta versión se caracteriza porque no sólo incluye el constructo de religión y los indicadores positivos de salud mental, sino también lo secular (laicismo) como elementos de su definición. En este modelo es considerado espiritual incluso lo agnóstico y lo ateo.³³

Espiritualidad y psiquiatría

La psiquiatría debiera interesarse más del aspecto espiritual de los pacientes, ya que frecuentemente cursan con preocupaciones filosóficas, religiosas y espirituales.

Para muchas personas las inquietudes religiosas son uno de los valores más relevantes de su propia cultura y los factores socioculturales, incluyendo la religión, juegan un papel importante en las manifestaciones, la etiopatogenia, el curso, el tratamiento, la prevención y la rehabilitación de los trastornos mentales.

La teología y la psicopatología se ocupan de aspectos fundamentales de la condición humana, pero están desvinculadas por razones metodológicas e ideológicas.

Los temas sobrenaturales son considerados por la ciencia como fenómenos naturales, motivo por el cual los médicos en su mayoría rechazan la religiosidad, argumentando que si permanece, es solo como la expresión de una necesidad humana llegando a considerar los fenómenos religiosos de forma restrictiva, o bien como síntomas de una enfermedad mental, o rasgos de una personalidad insuficientemente desarrollada, o también como algo demasiado íntimo y personal como para ser evaluados, siendo además difíciles e incómodos de explorar en los enfermos.

En cuanto al afrontamiento de la enfermedad, la religión juega un papel importante, esta influencia puede ser positiva o negativa.

Estilos de afrontamiento:

El afrontamiento se define como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales.²⁹

Las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés.³⁰

Los estilos de afrontamiento: Se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Las estrategias de afrontamiento: Son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.³¹

Pargament describe dos tipos de afrontamiento, formas específicas y patrones de afrontamiento. La forma específica se refiere al sentido personal en el que la persona en momentos de crisis busca un significado personal, un propósito, mediante prácticas espirituales como la confesión, la oración, le llevan a experimentar perdón, purificación, confort emocional, control personal, intimidad con otros y con Dios.

Los patrones de afrontamiento más que enfocarse en un método particular, su enfoque se abre hasta incluir varios métodos de afrontamiento religioso con sus patrones de interrelación.

En este contexto Pargament describe el afrontamiento positivo y negativo

El afrontamiento religioso positivo incluye métodos como la apreciación religiosa benevolente, el afrontamiento religioso colaborativo, la búsqueda de apoyo espiritual, la conexión espiritual, la purificación religiosa, el buscar ayuda de clérigos o miembros de la iglesia, la ayuda religiosa y el perdón religioso.

El afrontamiento religioso negativo incluye métodos como la apreciación religiosa punitiva, la apreciación religiosa demoníaca, la reapreciación del poder de Dios, el descontento espiritual, el afrontamiento religioso auto-dirigido y el descontento religioso interpersonal.³²

Los credos religiosos brindan apoyo emocional aumentando los sentimientos positivos, bienestar afectivo y espiritual por medio de grupos de apoyo en el que el individuo es y se siente parte de una comunidad, recibiendo sostén emocional, práctico, intelectual y espiritual.

Siendo la religiosidad y espiritualidad estrategias de afrontamiento frecuentemente utilizadas por los pacientes ante eventos adversos de la vida.

El impacto que ejerce la religión y la espiritualidad sobre la conducta humana es innegable, podemos resumir dicha influencia sobre la patología mental como:

a) La religiosidad y la espiritualidad se relacionan con un mejor estado psíquico.

-Menor gravedad y menor incidencia de depresión.³³

-Recuperación más rápida de una depresión.³⁴

-Menor ansiedad.³⁵

-Mejor afrontamiento del duelo.³⁶

- Menores tasas de suicidio.^{37,38}

- Mayor bienestar subjetivo.³⁹

- Menor consumo de drogas.⁴⁰

Miller (2014) reportó en un seguimiento de pacientes portadores de endofenotipos para depresión (alto riesgo familiar) modificaciones anatómicas (corteza occipital, parietal, cuña, precuña) en personas para quienes consideraban importante la espiritualidad y la religión en sus vidas.⁴²

b) La religiosidad y la espiritualidad se relacionan con algunos problemas psíquicos.

-Relación entre tener una mayor religiosidad y sufrir más síntomas de trastorno obsesivo compulsivo.⁴³

-Relación entre religiosidad intrínseca y mayor ansiedad.^{44.45}

- Relación entre la religiosidad y los sentimientos de culpa.⁴⁶

-Relación entre factores de tipo religioso y peor adaptación a la enfermedad.^{47.48}

Espiritualidad y conducta alimentaria:

Boisvert et.al. En el 2013 realizaron un estudio incluyendo a 601 sujetos, a quienes evaluó diversas variables entre ellas la importancia a la espiritualidad, la vergüenza por la figura corporal, edad y síntomas de la conducta alimentaria, encontró relación significativa entre la vergüenza por la figura corporal y niveles bajos de espiritualidad, la espiritualidad reportada por las pacientes se relacionó positivamente con la práctica religiosa. La gravedad de los síntomas de la conducta alimentaria tuvo relación significativa con niveles más bajos de espiritualidad y práctica religiosa. Pacientes más jóvenes tuvieron menor espiritualidad y más síntomas de la conducta alimentaria.
49

En un estudio cualitativo que incluyó a 32 pacientes con anorexia, concluyeron que la anorexia era una forma distorsionada de la espiritualidad. Para muchos de ellos la recuperación se basó en el descubrimiento del yo.⁵⁰

(Smith y Hardman 2003) en un estudio que incluyó a 251 mujeres que cursaban con atracones e insatisfacción con la imagen corporal, reportó correlación positiva entre el grado de bienestar espiritual y satisfacción por la figura corporal y mejor actitud hacia la comida.⁵¹

La religión y/o espiritualidad ha mostrado tener un impacto en mayor o menor grado sobre la conducta humana, sobre la etiología, curso, manifestaciones y pronóstico de algunos trastornos mentales. Sin embargo en una revisión sistemática que incluyó estudios de 1993-2004 solo el 0.8% (n=8) de 1033 estudios incluyó la espiritualidad o religiosidad como variable en sus mediciones.⁵²

Por medio del estudio sobre el tipo de afrontamiento religioso que realizan los pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa, podríamos considerar la religión como influencia positiva o negativa, en función de variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel educativo, religión, situación marital y laboral.

JUSTIFICACIÓN:

Tanto la anorexia nervosa como la bulimia nervosa son diagnósticos psiquiátricos con una alta prevalencia en la población, predominando en pacientes jóvenes, e impactan de forma importante sobre la calidad de vida del paciente, la relación familiar y social.

La religión y la espiritualidad es un factor cultural y personal que puede influir tanto positiva como negativamente en el afrontamiento del estrés, y recuperación de la salud.

Es por ello que sería importante dilucidar el tipo de afrontamiento que tienen hacia la religión y la espiritualidad las pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa, si hay diferencias entre ambos trastornos y su relación con variables sociodemográficas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Hasta el momento son pocos los estudios que se han avocado al estudio de la espiritualidad y medidas de afrontamiento religioso como factor protector o de riesgo en pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa y bulimia nervosa.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las principales medidas de afrontamiento religioso de pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

OBJETIVOS

Objetivo principal

Describir y comparar las medidas de afrontamiento religioso en pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Objetivos secundarios

1.- Comparar las características demográficas y clínicas de las pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

2. Determinar la asociación de las medidas de afrontamiento religioso y las características demográficas y clínicas de las pacientes con anorexia nervosa que acuden a tratamiento en la

Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

3.- Determinar la asociación de las medidas de afrontamiento religioso y las características demográficas y clínicas de las pacientes con bulimia nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

HIPÓTESIS

Sobre la base de todo lo expuesto y en respuesta al objetivo propuesto, fue formulada la siguiente hipótesis: Un afrontamiento religioso positivo de los pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa y bulimia nervosa se relaciona inversamente con la gravedad del trastorno en cuestión, evaluando la gravedad según los criterios establecidos del DSM-V.

Hipótesis específicas:

1.- Existen diferencias demográficas y clínicas de las pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

2.-Un afrontamiento religioso positivo se relaciona inversamente con la gravedad en las pacientes con anorexia nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, evaluando la gravedad según los criterios establecidos del DSM-V.

3.-Un afrontamiento religioso positivo se relaciona inversamente con la gravedad en las pacientes con bulimia nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, evaluando la gravedad según los criterios establecidos del DSM-V.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de un estudio analítico transversal homodémico (Feinstein 1985)

POBLACIÓN:

La población de estudio consistirá en pacientes con diagnóstico de Bulimia Nervosa y Anorexia Nervosa que acuden a tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El tamaño de la muestra estará basado en el número mínimo requerido para poder encontrar una diferencia entre el grupo de anorexia y el grupo de bulimia en cuanto a las medidas de afrontamiento religioso. Mediante la fórmula de diferencia de medias, esperando al menos una diferencia estimada del 10% y una potencia del 80% y una razón aproximada de 2 a 1 para grupos diagnósticos, se espera incluir al menos 93 pacientes:

Cálculo del tamaño de muestra

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / \kappa)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

$$n_2 = \frac{(\kappa * \sigma_1^2 + \sigma_2^2)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

En donde:

1 n = tamaño de la muestra para el Grupo 1

2 n = tamaño de la muestra para el Grupo 2

σ_1 = desviación estándar Grupo 1

σ_2 = desviación estándar Grupo 2

Δ = diferencia de medias

κ = proporción = n_2/n_1

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor Z de dos-vías (ej. $Z=1.96$ para 95% IC).

$Z_{1-\beta}$ = poder

Tamaño de la muestra para comparar dos medias

Información de entrada

Intervalo de confianza (2 lados)	95%
Potencia	80%
Razón del tamaño de la muestra (Grupo2/ Grupo 1)	2

Esperando al menos una diferencia del 10% (± 18) entre grupos diagnósticos

Tamaño de muestra del grupo 1	31
Tamaño de muestra del grupo 2	62
Tamaño total de la muestra	93

Criterios de selección:

Que firmen el consentimiento informado

Que tengan diagnóstico de Anorexia Nervosa o Bulimia nervosa de acuerdo a los criterios diagnósticos de la clasificación DSM-5

Que sepan leer y escribir.

Criterios de inclusión:

Pacientes de género masculino o femenino.

Pacientes con edad entre 18 y 40 años.

Pacientes con diagnóstico de Bulimia Nervosa y Anorexia Nervosa de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-V.

Pacientes que acepten participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes fuera del rango de edad de 18 a 40 años.

Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-V.

Pacientes o familiares que rechacen colaborar en el estudio, de acuerdo a lo expuesto en el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

Pacientes que decidan suspender su participación en el estudio en cualquier momento del mismo.

Variables independientes	Tipo	Medición
<i>Datos sociodemograficos</i>		
Sexo	Nominal dicotómica	Femenino/masculino
Escolaridad	Intervalar	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico
Edad de inicio del padecimiento	Intervalar	Años. Expediente clínico.
Estado civil	Nominal	Soltero/Casado/Divorciado/Viudo
Ocupación	Nominal	Desempleo/Hogar/estudiante/Empleado
Anorexia Nervosa	Nominal	Restrictiva/compulsivo-purgativa/Trastorno de la alimentación no especificado (Anorexia atípica/Trastorno por purga)
Bulimia nervosa	Nominal	Purgativa/no purgativa/Trastorno de la alimentación no especificado (Bulimia atípica/Trastorno por atracón/Síndrome de la ingestión nocturna de alimentos)
Comorbilidad	Nominal	Sin comorbilidad/Trastorno depresivo mayor/Trastorno de ansiedad/Trastorno por uso de sustancias/Trastorno de personalidad/Abuso sexual/ Otro trastorno psiquiátrico.
Tratamiento actual	Nominal	Antidepresivo/Ansiolítico/Antipsicótico.
Número total de hospitalizaciones	Intervalar	Número de veces
Edad a la primera hospitalización	Intervalar	Años
Tiempo total de hospitalizaciones	Intervalar	Semanas
<i>Espiritualidad y Medidas de afrontamiento religioso</i>		
Afrontamiento religioso positivo	Intervalar	Brief-RCOPE
Afrontamiento religioso negativo	Intervalar	Brief-RCOPE
Afrontamiento religioso	Intervalar	ARS

frente a la soledad		
Bienestar espiritual	Intervalar	EBE

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

1.-Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso. Brief-RCOPE⁵³ la cual está compuesta de 14 reactivos distribuidos en dos sub-escalas:

a) Afrontamiento religioso positivo (suma de los reactivos 2, 4, 5, 6, 7, 10 y 14 del Brief-RCOPE), que se caracteriza por la expresión de un sentido de espiritualidad, de una relación segura con Dios, de la creencia de que hay un sentido que se puede fundamentar en la vida, y de un sentido de conectividad espiritual con otros.

b) Afrontamiento religioso negativo (suma de los reactivos 1, 3, 8, 9, 11, 12 y 13 del Brief-RCOPE), caracterizado por el empleo de estrategias basadas en un descontento espiritual, que es la expresión de una relación menos segura con Dios, una tenue y amenazadora visión del mundo, y una lucha religiosa por la búsqueda de significado de vida.

Las subescalas documentaron una consistencia interna de .87 y .69, para el afrontamiento positivo y negativo respectivamente.

2. Sub-escala de afrontamiento religioso ante la soledad. ARS⁵⁵ del Inventario multifásico de soledad, IMSO. Esta sub-escala fue desarrollada en México e incluye seis reactivos con buenas cualidades psicométricas (consistencia interna 0.90; validez convergente: $r=0.82$; adecuada validez discriminante), (suma de los seis reactivos de la sub-escala ARS) es el conjunto de estrategias empleadas por un sujeto en el afrontamiento de sus sentimientos de soledad, estrategias que se caracterizan por estar centradas en las creencias y prácticas religiosas y espirituales.

3. Sub-escala de relación con Dios de la Escala de bienestar Espiritual.⁵⁴ (EBE). La EBE está formada por dos sub-escalas, una de las cuales fue eliminada en este análisis (la sub-escala de satisfacción existencial) a fin de explorar exclusivamente el concepto de relación con Dios, y hacer más corto el instrumento (11 reactivos). Esta escala fue adaptada para sujetos mexicanos por Montero y Sierra, documentando una confiabilidad test-retest de .86 y una consistencia interna 0.78. El EBE evalúa esta relación por su expresión cognitiva, emocional y conductual a través de la suma de los 11 reactivos que constituyen la sub-escala de relación con Dios.

La vida espiritual ha sido definida como el resultado del establecimiento de una relación personal con Dios.

El concepto de Dios ha sido utilizado por los autores de dichas escalas para referirse a una entidad trascendente, sobrenatural, comprendida y conceptualizada dentro de la tradición judeo-cristiana. En cada autor, las manifestaciones de este concepto, vertidas en los reactivos que conforman sus escalas, evidentemente parten de una construcción social del propio concepto de Dios, es decir, de “lo divino”.

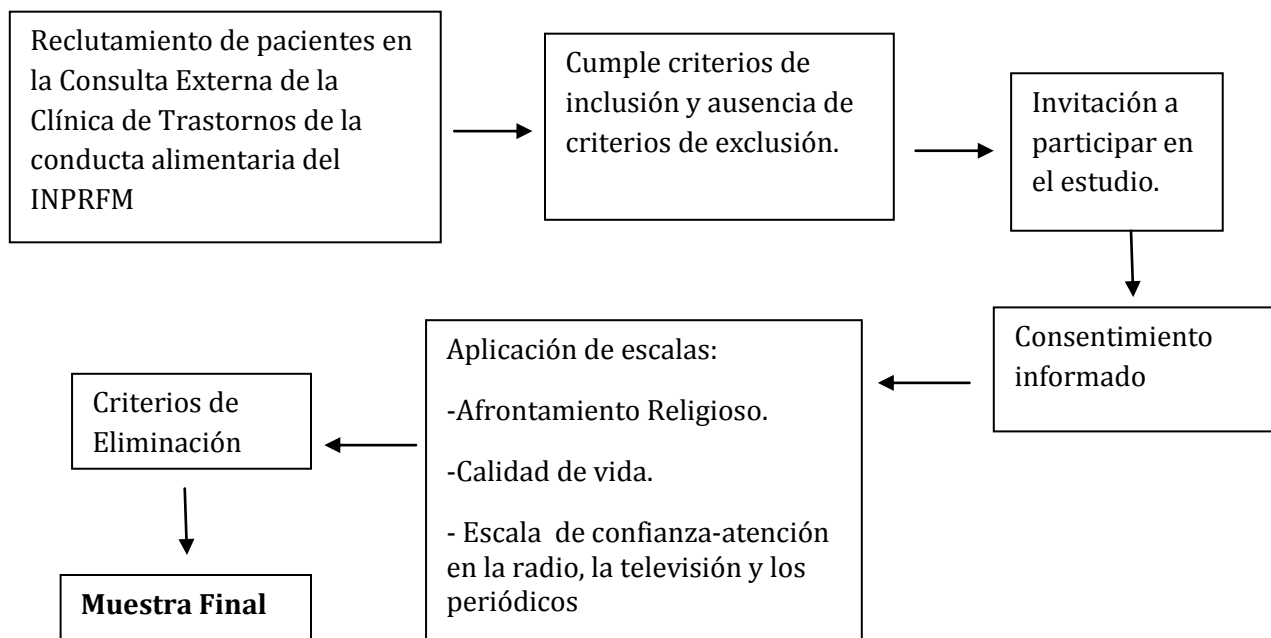
Procedimiento:

El reclutamiento de pacientes se realizará de forma consecutiva de los pacientes que acuden a la clínica de Trastornos de la alimentación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y que cumplan criterios establecidos en el DSM-V para Bulimia Nervosa o Anorexia Nervosa hasta que el número de pacientes deseado sea obtenido. A los participantes se les brindará una explicación verbal inicial del objetivo y los procedimientos a llevarse a cabo para la realización del estudio y a aquellos que acepten participar, se les entregará el Consentimiento Informado, del cual se realizará una revisión personalizada junto con los pacientes para confirmar que su contenido haya sido comprendido.

Una vez que el paciente firma el consentimiento informado, se registrarán datos clínicos y demográficos.

Posteriormente se realizará la entrevista para la aplicación de instrumentos clinimétricos especificados previamente, posterior a lo cual los pacientes finalizarán su participación en el estudio, se les indicará que continuarán con su seguimiento habitual.

Diagrama de flujo:



Análisis estadístico:

La descripción de las variables categóricas-nominales se realizará con frecuencias y porcentajes y para las variables continuas con medias y desviaciones estándar. Para las pruebas de contraste entre el grupo de pacientes con anorexia nervosa y pacientes con bulimia nervosa se utilizará la Chi cuadrada para las variables categóricas y la t de Student para muestras independientes para los contrastes de variables continuas. Para determinar la asociación lineal entre las variables del estudio se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significancia estadística se fijará en una $p \leq 0.05$.

Aspectos éticos:

A todos los pacientes se les solicitará consentimiento informado, mismo en el que se brinda la explicación del estudio. El no participar en el proyecto no excluye al paciente de recibir la atención médica necesaria en la Clínica de Trastornos de la conducta alimentaria y si se retira del mismo, no afectará esa decisión en su tratamiento. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos y no se les dará otro uso, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I.

Se considera una investigación sin riesgo ya que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: recabar datos sociodemográficos y aplicación de encuestas.

Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983).

En relación a la confidencialidad, los datos personales de los pacientes quedarán bajo el resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes de la investigación.

Cronograma de actividades

Actividad	R2-1	R2-2 a R3-1	R3-2	R4-1
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética	XXX			
Captación de pacientes		XXX		
Concentración de datos			XXX	
Análisis de resultados			XXX	
Elaboración de informe final y entrega de tesis			XXX	XXX

R2-1: Primer Semestre de Segundo Año de Residencia

R2-2: Segundo Semestre de Segundo Año de Residencia

R3-1: Primer Semestre de Tercer Año de Residencia

R3-2: Segundo Semestre de Tercer Año de Residencia

R4-1: Primer Semestre de Cuarto Año de Residencia

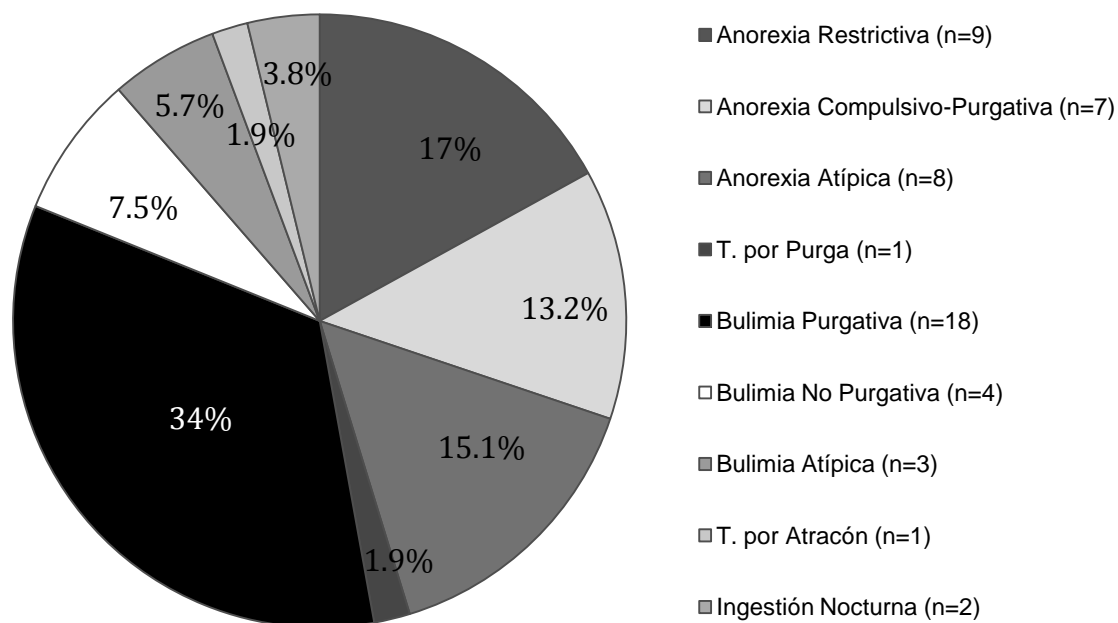
RESULTADOS

Características demográficas y clínicas de la muestra

Se incluyeron un total de 53 pacientes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. La mayoría de los pacientes eran mujeres (n=47, 88.7%), sin pareja (n=50, 94.3%), con una edad promedio de 23.4 años (D.E.=5.8). Un alto porcentaje de los pacientes eran estudiantes al momento del estudio (n=33, 62.3%) seguido por aquellos sin ocupación alguna (n=11, 20.8%), empleados (n=6, 11.3%) y amas de casa (n=3, 5.7%). La escolaridad promedio reportada fue de 14.4 años (D.E.=4.4) equivalente al segundo año de estudios de licenciatura.

En cuanto a las características clínicas, el diagnóstico de mayor prevalencia fue el de Bulimia Nervosa Purgativa, seguido por el de Anorexia Nervosa Restrictiva y los de menor reporte fueron el Trastorno por Purga y el Trastorno por Atracón. La frecuencia de presentación de los diferentes diagnósticos se muestran en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Diagnósticos de los pacientes del estudio



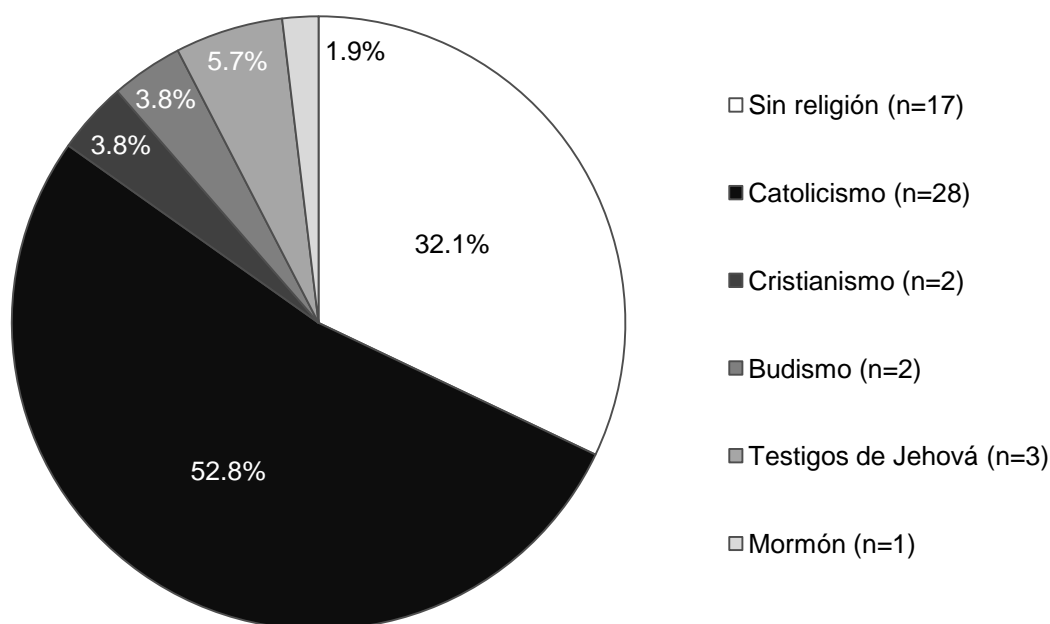
La edad de inicio del padecimiento fue a los 15.6 años (D.E.=4.3) y al momento del estudio, el tiempo de evolución fue de 372.5 semanas (D.E.=276.7), equivalente a poco más de 7 años de evolución. La mayoría de los pacientes reportaron no haber tenido ninguna hospitalización psiquiátrica (n=44, 83.0%) y los 9 pacientes con el antecedente de hospitalizaciones, tuvieron en promedio una hospitalización en el curso de su padecimiento.

Poco más de la mitad de las pacientes reportaron tener alguna comorbilidad diagnóstica (n=35, 66%), siendo la depresión (n=25, 47.2%) y los trastornos de ansiedad (n=24, 45.3%) los mayormente reportados.

Religión y espiritualidad

La religión católica fue la más frecuentemente reportada como religión de pertenencia (n=28, 52.8%) (Gráfica 1).

Gráfica 2. Religión de pertenencia



De los 36 pacientes que reportaron alguna afiliación religiosa, la mitad de ellos se consideraron practicantes religiosos activos. La puntuación promedio en la Escala de Afrontamiento Religioso Positivo fue de 12.8 (D.E.=6.3), de 10.9 (D.E.=4.2) para el Afrontamiento Negativo, una puntuación de 10.5 (D.E.=4.7) en la Escala de Afrontamiento Religioso frente a la Soledad y una puntuación media de 21.2 (D.E.=8.7) en la Escala de Bienestar Espiritual – Relación con Dios. De forma general, el apego religioso (evaluado en una escala dimensional de 0 a 10) fue bajo en los pacientes incluidos, con una puntuación media de 2.6 puntos (D.E.=3.6)

Para dividir a la muestra en pacientes con diagnósticos del espectro de la anorexia y aquellos con diagnósticos del espectro de la bulimia, se eliminaron para los análisis posteriores, aquellos

pacientes con diagnósticos de Trastorno por Atracón e Ingestión Nocturna por no poder ser clasificados en alguna de estas categorías. Así, los siguientes análisis se realizaron con 50 pacientes, de los cuales 24 (n=48%) se incluyeron en el grupo de Anorexia y 26 (52%) en el grupo de Bulimia.

Características demográficas y clínicas entre grupos diagnósticos

No se encontraron diferencias entre las principales características demográficas y clínicas evaluadas entre ambos grupos (Tabla 1).

Tabla 2. Características demográficas y clínicas entre grupos

	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		Estadística
	n	%	n	%	
Estado Civil					
Sin pareja	23	95.8	24	92.3	$\chi^2 = 0.27, 1 \text{ gl}, p=0.60$
Con pareja	1	4.2	2	7.7	
Ocupación					
No remunerada	20	83.3	24	92.3	$\chi^2 = 0.95, 1 \text{ gl}, p=0.32$
Remunerada	4	16.7	2	7.7	
Hospitalización previa					
No	20	83.3	21	80.8	$\chi^2 = 0.05, 1 \text{ gl}, p=0.81$
Si	4	16.7	5	19.2	
Comorbilidad diagnóstica					
Comorbilidad general	16	66.7	16	61.5	$\chi^2 = 0.14, 1 \text{ gl}, p=0.70$
Depresión mayor	10	41.7	15	57.7	$\chi^2 = 1.28, 1 \text{ gl}, p=0.25$
T. Ansiedad	13	54.2	10	38.5	$\chi^2 = 1.23, 1 \text{ gl}, p=0.26$
T. Personalidad	1	4.2	5	19.2	$\chi^2 = 2.68, 1 \text{ gl}, p=0.10$
Abuso sexual	1	4.2	3	11.5	$\chi^2 = 0.92, 1 \text{ gl}, p=0.33$
Autolesiones	0		1	3.8	$\chi^2 = 0.94, 1 \text{ gl}, p=0.33$
	Media	D.E.	Media	D.E.	Estadística
Edad (años)	24.2	6.7	22.3	5.0	$t=1.1, 48 \text{ gl}, p=0.25$
Escolaridad	13.6	4.6	14.0	3.0	$t=-0.3, 48 \text{ gl}, p=0.71$
Edad inicio padecimiento	14.9	4.7	15.9	3.7	$t=-0.8, 48 \text{ gl}, p=0.38$
Tiempo Evolución (sem)	442.0	328.1	308.9	212.3	$t=1.7, 48 \text{ gl}, p=0.09$
Número hospitalizaciones	1.7	0.9	1.0	0	$t=1.7, 48 \text{ gl}, p=0.11$

Religión y espiritualidad entre pacientes con Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa

Se observó una proporción más elevada de practicantes religiosos activos en el grupo de pacientes con Anorexia Nervosa (n=11, 61.1%) en contraste con los pacientes con Bulimia Nervosa (n=7, 38.9%) sin que esta diferencia fuera significativa ($\chi^2=1.77$, 1 gl, $p=0.18$). De forma similar, en el grupo de pacientes con Anorexia Nervosa, se reportó un mayor puntaje en la Escala de Bienestar Espiritual en contraste con lo observado en los pacientes con Bulimia Nervosa. El Apego Religioso, Afrontamiento Religioso Positivo, Negativo y aquel empleado frente a la Soledad no fue distinto entre ambos grupos (Tabla 2).

Tabla 2. Afrontamiento religioso y bienestar espiritual entre pacientes con Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa

	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Apego religioso	3.5	4.1	2.1	3.1	t=1.3, 48 gl, p=0.17
Afrontamiento religioso positivo	13.8	6.0	12.3	6.7	t=0.8, 48 gl, p=0.39
Afrontamiento religioso negativo	10.9	4.2	11.0	4.4	t=-0.09, 48 gl, p=0.92
Afrontamiento frente a la soledad	11.3	5.0	10.0	4.6	t=0.9, 48 gl, p=0.33
Bienestar espiritual – Relación con Dios	24.5	8.8	19.1	8.2	t=2.2, 48 gl, p=0.03

Al determinar las correlaciones lineales entre las características demográficas y clínicas del padecimiento con las características del afrontamiento religioso y bienestar espiritual se observaron mayores correlaciones en el grupo de pacientes con Anorexia Nervosa que en el grupo de pacientes con Bulimia Nervosa.

En los pacientes con Anorexia Nervosa, el apego religioso tuvo altas correlaciones con la Escala de Afrontamiento Religioso frente a la Soledad ($r=0.76$, $p<0.001$), La Escala de Bienestar Espiritual

($r=0.71$, $p<0.001$) y la Escala de Afrontamiento Religioso Positivo ($r=0.72$, $p<0.001$). Además, en este grupo de pacientes una mayor edad de inicio del padecimiento se relacionó con un mayor puntaje en la Escala de Afrontamiento Religioso frente a la soledad ($r=0.43$, $p=0.03$).

Para los pacientes con Bulimia Nervosa, solo se encontró una asociación significativa entre la edad de inicio del padecimiento y la puntuación de la Escala de Bienestar Espiritual – Relación con Dios ($r= 0.44$, $p=0.024$).

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la relación que existe entre el tipo de afrontamiento religioso y el bienestar espiritual en pacientes con trastornos de la alimentación con especial atención en Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa.

Desde la época Helenística, médicos como Hipócrates describieron conductas alimentarias catalogadas como patológicas “boulimos” un hambre enfermizo (Giannini et al. 1993); en la religión católica el pecado de la gula, como exceso de la ingesta y pobre autocontrol, contrario a lo anterior, el ayuno autoimpuesto con un componente espiritual, ascético o cultural (Halmi et al. 1994); (Akrawi et al. 2015).

A lo largo de la historia han existido personajes con éstas características como Santa Catalina de Siena, Juana de Arco, Sta. Teresa de Avila (Rampling D. et al. 1985); (Bell R. et al. 1985); (Lacey J. et al. 1982). Dichas conductas han tomado diferentes connotaciones en base a la cultura persistiendo algunas similitudes con los TCA actuales, como las características de personalidad, hipercontrol – impulsividad, patrones cognitivos etc. (Liles E. et al. 1999).

La psiquiatría actual ha enriquecido el conocimiento que se tiene sobre los TCA, tanto en el campo de las Neurociencias como en lo sociocultural, al respecto, algunos investigadores (Jiménez J. et al. 2005); (Quiceno J. et al. 2009); señalan la importancia de la dimensión espiritual y religiosa mediante prácticas de meditación y principalmente técnicas de relajación, así como el soporte grupal, lo cual favorece la salud mental así como procesos cognitivos en tres aspectos: consigo mismo, con los demás y con el futuro, permitiendo ser empleadas como estrategias terapéuticas en procedimientos psicológicos multimodales. (Behar R. et al. 2012).

Los resultados de nuestro estudio en cuanto a la prevalencia de la religión fueron acordes al Panorama de las religiones en México del 2010, siendo la religión católica la de mayor pertenencia, sin embargo, solo la mitad se consideraron practicantes activos.

De los participantes en nuestro estudio más de la mitad fueron mujeres, por consiguiente no fue posible evaluar las diferencias por sexo. A nivel nacional las estimaciones de prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria no reportaron diferencias por sexo. (Benjet et al. 2012).

En cuanto a la comorbilidad los resultados fueron concordantes con otras investigaciones, siendo los frecuentes los Trastornos Depresivos, seguido de Trastornos de Ansiedad. (Herpertz-Dahlmann B. et al. 2015); (Unikel C. et al. 2010).

Los estilos de afrontamiento entendidos como esfuerzos conductuales y cognitivos que son desarrollados con el objetivo de manejar demandas específicas, tanto internas como externas percibidas como desbordantes o excedentes de los recursos que el individuo posee. (Lazarus R. et al. 1985). Un estilo de afrontamiento religioso negativo tiene similitud con el ascetismo (Simkin H. 2016). Descrito también como: “un modo de vivir basado en la abstinencia voluntaria de placeres sensoriales y físicos”. (Huline-Dickens S. et al. 2000). Lo que conlleva a una apreciación religiosa punitiva, descontento espiritual y el descontento religioso interpersonal. (Pargament K. et al. 1998).

El grupo de Anorexia Nervosa reportó mayor puntaje de bienestar espiritual, asociado a un afrontamiento religioso positivo. En el grupo de Bulimia Nervosa se observó que a mayor bienestar espiritual reportado, mayor era la edad en el inicio del padecimiento.

Se ha descrito sobre el funcionamiento psicosocial observado en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria un déficit en la consciencia interoceptiva, como rasgo en la Anorexia Nervosa, y reactiva en la Bulimia Nervosa, siendo expresada como una dificultad para identificar,

describir y discriminar sentimientos y sensaciones corporales, dando lugar a un patrón cognitivo dirigido hacia lo externo y concreto, con pobre capacidad de introspección, resultando en una pobre regulación emocional (Taylor et al. 2000); (Taylor et al., 1997).

Es importante continuar evaluando la influencia de la religiosidad y espiritualidad así como sus estilos de afrontamiento y su relación con la psicopatología. Un afrontamiento positivo se ha relacionado con resultados benéficos en relación con muchos factores en enfermedades como depresión, ansiedad, cáncer, entre otras. (Koenig H. et al. 2009); (Zuckerman D. et al. 1984); (Cutler S. et al. 1976); (Edwards J. et al. 1973); (Gartner J. et al. 1990).

Sin embargo su relación con Trastornos de la Conducta Alimentaria ha sido poco estudiada, los cambiantes esquemas en el autoconcepto, y la influencia de la cultura, pueden traslaparse en un mismo comportamiento.

Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentran el tamaño de muestra insuficiente, por lo que no fue posible encontrar relación con variables sociodemográficas. El diseño transversal de éste estudio limita las conclusiones sobre la relación temporal de comorbilidades.

La espiritualidad y religiosidad son factores que pueden considerarse como elementos adicionales al tratamiento establecido, ayudando a regular los afectos negativos de sí mismo, fomentando el uso de estrategias más adaptativas hacia situaciones estresantes.

Referencias:

1. Osorio E., Jessica, Weisstaub N., Gerardo, & Castillo D., Carlos. (2002). DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285.
2. American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author.
3. GUILLEMOT A., LAXENAIRE M. (1994) Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. MASSON, S.A.
4. Sours, J.A. (1980). *Starving to death in a sea of objects: The anorexia nervosa syndrome*. New York: Jason Aronson.
5. San Sebastián J. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Estudios de Juventud*, 1999; 47: 17-22.
6. Van Hoeken D, Lucas AR, Hoek HW: Epidemiology, en *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Edited by Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA. Chichester, Wiley, 1998, pp 97-126.
7. Hoek H: Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:389-394.
8. Sullivan PF: Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1073-1074.
9. Brewerton TD: Eating disorders, victimization and comorbidity, trabajo presentado en la 2001 Conference of the Academy for Eating Disorders. Vancouver, Canada, Mayo, 2001.
10. Henríquez, J.L. (2005). Apuntes sobre el origen de la anorexia nerviosa. *Lecturas de Psicología del Comportamiento Anormal*. San Salvador: UCA Editores.
11. Whitchurch, G. G., & Constantine, L. L. (1993). Systems theory. In P. G. Boss, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. R. Schumm, & S. K. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 325–355). New York: Springer.
12. Keery, H., van den Berg, & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 237-251
13. SAGGIN A: Quale educazione nutrizionale nel disturbi del comportamento alimentare. Comunicación presentada en el III Congreso Latini Dies. Toulouse, 1993.
14. TORO J Y VILARDELL E: Anorexia nerviosa. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona, 1987.

15. Bulik, C. Fairburn, C. Martin, N. Tiggemann, M. Wade, T. & Wray, N. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study. *The American Psychosomatic Society*. 7, 239 – 244.
16. Campbell K and Peebles R. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review; *Pediatrics* 2014;134;582;
17. Frank GK, Bailer UF, Henry S, Wagner A, Kaye WH. "Neuroimaging studies in eating disorders". *CNS Spectr* 2004; 9: 539-48.
18. Wagner A, Greer P, Bailer UF, Frank GK, Henry SE, Putnam k, Meltzer CC, Ziolko SK, Hoge J, McConaha C, Kaye WH. "Normal brain tissue volumes after long-term recovery in anorexia and bulimia nervosa". *Biol Psychiatry* 2006;59:291-3.
19. Roser W, Bulb R, Buergin D, Seelig J, Radue EW, Rost B. "Metabolic changes in the brain of patients with anorexia and bulimia nervosa as detected by proton magnetic resonance spectroscopy". *Int J Eating Disorders* 1999;26:119-36.
20. Bailer UF, Frank JK, Henry SE, Price JC, Meltzer CC, Weissfeld L, Mathis CA, Drevets WC, Wagner A, Hoge J, Ziolko SK, McConaha CW, Kaye Wh. "Altered brain serotonin 5-HT1A receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and (carbonyl¹¹ c) WAY-1000635". *Biol Psychiatry* 2006;59:291-3.
21. Kaye WH, Bailer UF, Frank GK, Wagner A, Henry SE. "Brain imaging of serotonin after recovery from anorexia and bulimia nervosa" *Physiol Behaviour* 2005;86(1-2):15-7.
22. Frank GK, Kaye WH, Greer P, Meltzer CC, Price JC. "Regional cerebral Blood flow after recovery from bulimia nervosa" *Psychiatry Res* 2000;100: 31-9
23. Ellison Z, Foong J, Howard R, Bullmore E, Williams S, Treasure J. "Functional anatomy of calorie fear in anorexia nervosa". *Lancet* 1998;352:1192.
24. Santel S, Baving L, Krauel K, Münte T, Rotte M. "Hunger and satiety in anorexia nervosa: fMRI during cognitive processing of food pictures". *Brain Research* 2006;1114:138-48.
25. PALOUTZIAN R, ELLISON C: Loneliness, spiritual wellbeing and the quality of life. En: Peplau L, Perlman D (eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. John Wiley and Sons, 224-237, Nueva York,1982.
26. MONTERO-LOPEZ LM: Inventario multifacético de soledad. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1999.
27. PALOUTZIAN R, ELLISON C: Loneliness, spiritual wellbeing and the quality of life. En: Peplau L, Perlman D (eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. John Wiley and Sons, 224-237, Nueva York,1982.

28. (Coconnier, *L'âme humaine* (cap. III); Farges, *Le cerveau, l'âme et les facultés*; Gruender, *Psicología sin alma* (págs. 116-188).
29. Everly, G.S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.
30. Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.
31. Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*.
32. PARGAMENT KI, SMITH BW, KOENIG HG, PEREZ L: Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Religion*, 37(4):710-724, 1998.
33. KOENIG H. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009;54 (5): 283-291.
34. KOENIG HG, GEORGE LK, PETERSON BL. Religiosity and remission of depression in medically older patients. *The American Journal of Psychiatry*. April 1998; 155: 536-542.
35. KOENIG HG, GEORGE LK, SIEGLER IC. The Use of Religion and Other Emotion-Regulating Coping Strategies among Older Adults. *The Gerontologist*. Jun 1988; 28 (3): 303-310.
36. Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7, 193-205.
37. SPOERRI A, ZWALEN M, BOPP M, GUTZWILLER F, EGGER M. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39(6):1486-94
38. Sisask S, Värnik A, Kõlves K, Bertolote JM, Bolhari J, botega nj, Fleischmann a, Vijayakumar I, Wasserman d. Is Religiosity a Protective Factor Against Attempted Suicide: A Cross-Cultural Case-Control Study. *Archives of Suicide Research*. 2010; 14 (1): 44-55.
39. ELLISON CG. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1991 Mar; 32(1): 80-99.
40. KENDLER KS, LIU Z, GARDNER CO, MCCULLOUGH ME, LARSON D, PRESCOTT CA. Dimensions of religiosity ad their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*. Mar 2003; 160(3): 496 -503.
41. SMITH T, MCCULLOUGH ME, POLL J. Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*. 2003; 129(4): 614–636.

42. Miller, L., Bansal, R., Wickramaratne, P., Hao, X., Tenke, C. E., Weissman, M. M., & Peterson, B. S. (2014). Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: A study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA psychiatry*, 71(2), 128-135.
43. LÓPEZ MARTÍNEZ J. Una crítica de Freud a las religiones. *ITER Revista de Teología*. 2008; 47: 59-78.
44. SICA C, NOVARA C, SANAVIO E. Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and therapy*. 2002 Jul; 40(7): 813-823.
45. HARRISON MO, KOENIG HG, HAYS JC, EME-ACKWARI AG, PARGAMENT KI. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*. 2001; 13: 86-93.
46. CARONE DA, BARONE DF. A social cognitive perspective of religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21:989-1003.
47. FRANCIS LJ, JACKSON CJ. Eysenck's dimensional model of personality and religion: are religious people more neurotic? *Mental Health, Religion & Culture*. 2003; 6(1): 87-100.
48. BAIDER L, SARELL M. Perceptions and causal attributions of Israeli women with breast cancer concerning their illness, the effects of ethnicity and religiosity. *Psychoterapy and Psychosomatics*. 1983; 39: 136-143.
49. Boisvert, J. A., & Harrell, W. A. (2012). The impact of spirituality on eating disorder symptomatology in ethnically diverse Canadian women. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764012453816.
50. Garrett, C. J. (1996). Recovery from anorexia nervosa: A Durkheimian interpretation. *Social Science Medicine*, 43(10), 1489e1506.
51. Smith, F. T., Richards, P. S., & Hardman, R. K. (2003). Intrinsic religiosity and spiritual well-being as predictors of treatment outcome among women with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 11, 15e26.
52. Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. E. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
53. PARGAMENT KI, SMITH BW, KOENIG HG, PEREZ L: Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Religion*, 37(4):710-724, 1998.
54. MONTERO-LOPEZ LM: Soledad y depresión: ¿Fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*, AMEPSO, VII:62-67, México, 1998.
55. MONTERO-LOPEZ LM: Inventario multifacético de soledad. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1999.

56. MONTERO-LOPEZ LM, SIERRA CL: Escala de Bienestar Espiritual: Un estudio de validación. *La Psicología Social en México*, AMEPSO, VI:28-33, México, 1996.

57. PALOUTZIAN R, ELLISON C: Loneliness, spiritual wellbeing and the quality of life. En: Peplau L, Perlman D (eds.). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. John Wiley and Sons, 224-237, Nueva York, 1982.

ANEXOS

Comparación de los tipos de afrontamiento religioso en pacientes con Bulimia Nervosa y Anorexia Nervosa del INPRFM

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, su participación es voluntaria, en caso de no aceptar participar puede abandonar la investigación en cualquier momento, sin que ello repercuta en la calidad de la atención que recibirá.

Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Se ha reportado que la espiritualidad y la religión son factores culturales y personales que pueden influir tanto positiva como negativamente en el afrontamiento del estrés y recuperación de la salud. Existe poca información sobre su influencia en trastornos de la alimentación, es por ello que se solicita de su colaboración para responder 3 encuestas, que ayudarán a complementar la información que se tiene sobre dichos trastornos, ya que se le entregará el resultado de obtenido.

El presente estudio tiene como objetivo conocer si factores como la espiritualidad y la religiosidad (independientemente del tipo de creencia o religión), pudieran influir sobre los trastornos de la alimentación como anorexia nervosa y bulimia nervosa. Teniendo en cuenta la libertad que tiene cada individuo de ejercer su creencia o credo religioso.

De aceptar participar, se incluirá como parte de un grupo de pacientes de 18 a 40 años (hombres y mujeres) con diagnóstico de Anorexia Nervosa o Bulimia Nervosa que sean pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz,

Su participación consistirá en contestar 3 escalas, además de aportar datos relacionados sexo, edad, nivel educativo, religión situación marital y laboral, con una duración aproximada de 15-20 minutos.

Todos los datos que proporcione al Investigador responsable serán absolutamente confidenciales. Su participación en la investigación es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, puede abandonar la investigación en cualquier momento y de ninguna manera afectará la calidad de la atención médica que recibirá.

Su identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados ni a ninguna

otra persona ajena a este estudio sin mi autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue. En ningún caso se le administrará medicamento alguno, tampoco se realizarán intervenciones dolorosas. Básicamente son una serie de entrevistas, por lo que existe un riesgo mínimo para usted, de sentirse incomodo, le pedimos lo exprese al investigador y de requerir atención extra será canalizado al servicio de Atención Psiquiátrica Continua, el costo generado (de ser así) será por su cuenta.

¿Acepta que revisemos su expediente para recabar la información necesaria?

SI ()

NO ()

Su participación es importante.

Contacto.

Si tiene alguna pregunta, puede contactar al investigador responsable de este estudio, Dr. Salvador Ulises Chávez Herrera al teléfono 41605244 o bien directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Consentimiento:

He leído y entendido la carta de consentimiento Informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender.

Firma del participante.

Fecha.

Nombre del participante.

Firma del investigador.

Fecha.

Nombre del investigador.

Firma del Testigo 1

Fecha.

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2

Fecha.

Nombre del Testigo 2

Comparación de los tipos de afrontamiento religioso en pacientes con Bulimia Nervosa y Anorexia Nervosa del INPRFM

Datos Sociodemográficos

Nombre (sujeto índice): _____

Edad al momento del estudio: _____ Sexo: M (1) F (2)

Estado Civil: (1) Casado / Unión Libre
(2) Soltero
(3) Viudo
(4) Divorciado / Separado

Escolaridad (en años): _____ Nivel Socioeconómico: Alto (1) Medio (2) Bajo (3)

Ocupación: (1) Desempleado
(2) Hogar
(3) Estudiante
(4) Empleo remunerado

Datos Clínicos

Diagnóstico:	Anorexia Nervosa Restrictiva (1)	Tratamiento Actual	
	Anorexia Nervosa Com-Purg (2)	Antidepresivo	(Si) (No)
	Anorexia atípica (3)	Genérico	_____
	Trastorno por purga (4)	Dosis	_____
	Bulimia nervosa Purgativa (5)		
	Bulimia Nervosa no purgativa (6)		
	Bulimia atípica (7)		
	Trastorno por atracón (8)		
	Ingestión nocturna (9)		
Comorbilidad:	Sin comorbilidad (0)	Ansiolítico	(Si) (No)
	T. Depresivo Mayor (1)	Genérico	_____
	T. de Ansiedad (2)	Dosis	_____
	T. por uso de sustancias (3)		
	T. de Personalidad (4)	Antipsicótico	(Si) (No)
	Abuso Sexual (5)	Genérico	_____
	Otros Trastornos (6)	Dosis	_____

Intentos suicidas No (____) Si (____) Número: _____
--

Edad de inicio del padecimiento: _____ Tiempo de evolución _____ (semanas)

Edad en la primera hospitalización: _____ N° total de hospitalizaciones: _____

Tiempo total de hospitalización (semanas): _____

Religión

- | | | | |
|---------------------|-------|-------------------|-------|
| Sin religión (ateo) | (_0_) | Budista | (_5_) |
| Católico | (_1_) | Testigo de Jehová | (_6_) |
| Cristiano | (_2_) | Judío | (_7_) |
| Protestante | (_3_) | Mormón | (_8_) |
| Metodista | (_4_) | | |

Otra religión (especificar): _____

¿Se considera usted un practicante activo de su religión? Si (____) No (____)

Si la respuesta fue **AFIRMATIVA**, pregunte:

En una escala del 0 al 10, ¿que tan apegado es a los ritos, creencias, prácticas, etc. de su religión?

Respuesta: (_____)

ARONTAMIENTO RELIGIOSO Y ESPIRITUALIDAD

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a la forma en que se ha sentido en el último mes

		Nunca o casi nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
	Afrontamiento Religioso (Brief-RCOPE)				
1	Supuse que mi iglesia me había abandonado.	1	2	3	4
2	Traté de comprender que Dios me fortalecía a través de esa situación.	1	2	3	4
3	Puse en entredicho el poder de Dios.	1	2	3	4
4	Junto con Dios, traté de llevar a cabo mis planes.	1	2	3	4
5	Busqué la ayuda de Dios para poder olvidar mi enojo.	1	2	3	4
6	Busqué el amor y el cuidado de Dios.	1	2	3	4
7	Pedí perdón por mis pecados.	1	2	3	4
8	Me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción.	1	2	3	4
9	Puse en entredicho el amor de Dios por mí.	1	2	3	4
10	Me enfoqué en la religión para dejar de preocuparme por mis problemas.	1	2	3	4
11	Me pregunté que hice para que Dios me castigara así.	1	2	3	4
12	Supuse que Dios me había abandonado.	1	2	3	4
13	Me sentí convencido de que el diablo había hecho que eso pasara.	1	2	3	4
14	Busqué una cercanía más fuerte con Dios.	1	2	3	4

		Nunca o casi nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
	Afrontamiento Religioso ante la soledad (ARS)				
1	¿Trata de encontrar consuelo en su religión?	1	2	3	4
2	¿Hace más oración o reza con más fervor?	1	2	3	4
3	¿Le entrega a Dios su soledad?	1	2	3	4
4	¿Busca la guía de su religión?	1	2	3	4
5	¿Busca la ayuda de Dios?	1	2	3	4
6	¿Pone su confianza en Dios?	1	2	3	4

		Nunca o casi nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
	Bienestar Espiritual – Relación con Dios				
1	Encuentro satisfacción en orar o rezar a Dios en privado.	1	2	3	4
2	Creo que Dios me ama y cuida de mí.	1	2	3	4
3	Creo que Dios es algo impersonal al que le tienen sin cuidado las situaciones que vivo a diario.	1	2	3	4
4	Tengo una relación personal significativa con Dios.	1	2	3	4
5	Me siento bien de saber que Dios dirige mi vida.	1	2	3	4
6	Creo que Dios está interesado en mis problemas.	1	2	3	4
7	Mi relación con Dios es poco satisfactoria.	1	2	3	4
8	Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo.	1	2	3	4
9	Me siento completamente satisfecho cuando estoy en comunión con Dios.	1	2	3	4
10	Mi relación con Dios contribuye a mi sensación de bienestar.	1	2	3	4
11	Creo que Dios tiene un propósito especial para mi vida.	1	2	3	4

Tutor Metodológico:

Dra. Ana Fresán

Firma: _____

Tutor Teórico:

Dra. Griselda Galván

Firma: _____